

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-01-A	
	EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE		Date d'application : 10/09/2018

TYPE DE PERSONNEL : Contrôle
CLASSE : classe 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : _____

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>Diaur</u> Prénom : <u>Babacar</u> Nationalité : <u>Senegalaise</u> Né(e) le : <u>28/07/1996</u> à : <u>Paris 18ème</u> Sexe : ☐ F ☒ M Lieu et date de l'examen médical : <u>Dakar, le 28/07/2022</u> Adresse : <u>Assistance Médicale du Sénégal</u> <u>FASS Mbas, c/o Mandela, Villa 44</u> Téléphone : <u>78-305 7833</u> email : <u>babacar.diaur@ams-senegal.org</u> Profession/activité : <u>Etudiant</u> Situation de famille : <u>Célibataire sans enfant</u>	Activité(s) pratiques ☐ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ Autres précisez : _____ Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : _____ Activités aériennes antérieures : _____ Heures de vol : _____
--	---

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? ☐ OUI ☒ NON

Si OUI : Date : ____/____/____ Lieu : _____ Nom du médecin : _____

Vous avez été déclaré : ☐ Apte ☐ Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? ☐ OUI ☐ NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

	OUI	NON
1		☒
2		☒
3		☒
4		☒
5		☒
6		☒
7		☒
8		☒
9		☒
10		☒
11		☒
12		☒
13		☒

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		☒
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		☒
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		☒
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		☒
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		☒
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒
21	Consommez-vous de l'alcool ?		☒
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		☒
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		☒
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		
25	Autres		

Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux textes en vigueur.

Toutes fausses déclarations priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

28/07/2022


Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE		SN-SEC-MED-FORM-02-A	
	RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL		Date d'application : 10/06/2017	Page 1 sur 2

NOM : DIAN	Prénoms : Babacar	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 28/07/1996 Lieu de naissance : PARIS 18^{EME}					
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 174 cm	(203) Poids 62 kg	(204) Yeux couleur Brun	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg 135 / 81	(207) Pouls au repos Pulsations 84	Rythme ☐ irrégulier ☒ régulier

Examen clinique : Cochez chaque item		normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu		☒		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒	
(209) Cavité bucale, gorge, dents		☒		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	☒	
(210) Nez, sinus		☒		(220) système génito-urinaire	☒	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique		☒		(221) Système endocrinien, thyroïde	☒	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels		☒		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	☒	
(213) Yeux - pupilles		☒		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	☒	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus		☒		(224) Examen neurologique- réflexes etc	☒	
(215) Poumons, thorax, seins		☒		(225) Psychiatrie	☒	
(216) Cœur		☒		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	☒	
(217) Système vasculaire		☒		(227) Etat général	☒	

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
Je ne suis pas malade, je suis en bonne santé, sans problème de 26 ans, célibataire, sans enfant, sans maladie, sans traitement, sans consommation de tabac, sans alcool, sans sport, sans problème de santé, sans...

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine Normale ☒ anormale ☐

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact	
Œil droit sans correction	☒	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	☒	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	☒	Corrigée à	
(230) Vision intermédiaire	Sans correction Avec correction Oui Non Oui Non		
N14 lu à 100cm	☒		
Œil droit	☒		
Œil gauche	☒		
Vision binoculaire	☒		

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
☒	☒	☒		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal
		☒	10/06/2017	☒
(238) ECG				☒
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE		SN-SEC-MED-FORM-02-A	
	RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL		Date d'application : 10/06/2017	Page 2 sur 2

(231) de près	Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 – 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒			
Œil gauche	☒			
Vision binoculaire	☒			
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui ☒ Non ☒	Oui ☐ Non ☐			
Type :	Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) **Perception des couleurs** Normale ☒ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIIHARA
Nombre de tables présentées 20	Nombre d'erreurs 0

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
(si 239/241 non réalisé)

Oreille droite	Oreille gauche
Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire**

(237) **Hémoglobine**

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	16,3

(248) **commentaires, limitations :**

(249) **Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé**

Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète.

(250) Lieu et date	Nom et adresse du médecin agréé	Cachet et signature

D : mmHg				
(244) Divers (Sujet ?)	☐		☐	☐

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis :	Nom :
	
	Signature :

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

☐ **APTE pour la classe :**
☐ **INAPTE pour la classe :**
☐ **Remis pour une évaluation complémentaire**

dans l'affirmative, indiquer :

Le destinataire :

Le motif :

Renvoi/Concertation

Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat.

Décision n° Du

Libellé :

Champ d'application du certificat	Classe 1	Classe 2	Classe 3
	☐	☐	☐